

## Tips for Use of Authorization for Release of Verbal Communication AND Exchange of Written Information

**PURPOSE:** To ensure authorization is on file for current and future sharing of information between those listed in Sections 2 and 3 only  
Examples for use (but not limited to):

- School issues (ADD, IEP, asthma or other chronic conditions) communicated with and released to school staff
- Working with payers to certify/pre-approve services
- Coordination of community/social services (excluded from continuity of care purposes which doesn't require an authorization)
- Coordination of medical services where special authorization is required: Mental Health, Substance Use Disorder, HIV test results where both verbal AND written authorization is needed

Examples **NOT** for use:

- NOT INTENDED FOR HIM (Health Information Management) TO IMMEDIATELY RELEASE COPIES – ONLY THE PERSON LISTED IN SECTIONS 2 AND 3 MAY SHARE
- Provider to provider exchange of PHI (does not require authorization)
- For the sole purpose of releasing copies of PHI
  - Use form UWH1280490-DT Authorization for Disclosure of Protected Health Information
- For the sole purpose of authorizing verbal communication
  - Use form UWH302443-DT Authorization for Verbal Communication and/or to Leave Voice Mail Messages

### **Form Completion Tips:**

**Section 1** – Use label with MRN and DOB, if not already pre-populated when printing from Cadence

**Section 2** – Check either UW Health or a particular clinic/unit or specific person authorized to exchange information

- Least Restrictive: Organization
- Moderately Restrictive: Smaller section within an organization
- Most Restrictive: List an individual person (limits the exchange for that person only)

**Section 3** – Enter name of organization/person authorized to receive/exchange information with that listed in Section 2

- Least Restrictive: Organization
- Moderately Restrictive: Smaller section within an organization
- Most Restrictive: Individual person (including first and last name)
- Full address should be included to allow for exchange of PHI
- Phone number is only required when authorized to communicate via telephone and/or leave voice mail messages
- **NOTE:** Only one person/organization may be listed per authorization. If multiple people/organizations are desired, an authorization is required for each one, except for mother/father from same household

**Sections 4 and 5** – Include what type(s) of information can be shared, if different from ANY AND ALL – These boxes are pre-checked as both situations must apply in order to use this authorization

- Section 4 – (**Must Be Completed**) Written: Can be defined by condition/diagnosis (asthma, ADD, lung cancer), date range (past 5 years), or other (specific forms/tests/procedures, etc.)
- Section 5 – Verbal: Two-way communication

**Section 6** – Additional options for voice mail – Check box if patient authorizes voice mail messages to be left at the number listed in Section 3

- If patient authorizes leaving detailed voice mail on the patient's own voice mail, the Authorization for Verbal Communication and/or to Leave Voice Mail Messages (UWH302443-DT) should be used instead of this form
- Authorization includes any information to be left on voice mail, unless patient specifies on the authorization such limitations (example: no lab results, no OB appointment information, etc.)

**Section 7** – Purpose of disclosure – Care Coordination is prepopulated as a default. If other reason, please enter

**Section 8** – Authorization expiration – Standard expiration date will be one year from date of signature unless a new date is entered – if a longer period of time is requested by the patient, a five-year range is a good timeframe to use

- **NEW:** The option of Indefinite has been removed in order to reduce the risk of unknown authorization over a long period of time (patient forgets about an indefinite authorization)

### **Authorization paragraph:**

This authorization includes disclosure of information regarding **substance use disorder, psychiatric consults and mental illness, developmental disabilities, genetic testing, AIDS or AIDS-related illness, sexually transmitted infection, and/or HIV test results,** unless the patient chooses to limit the information authorized.

- To do that, they must list the limitations in the space provided

Signature of Patient/Representative: Signed by person legally authorized to sign

Signature of Guardian – Guardianship is a legally authorized designation – see FYI flag and scanned document for appropriate legal papers

- Stepparent cannot sign unless legal papers are on file

Date – Enter the date in which the patient/representative/guardian signed the authorization

Patient is/Legal Authority – Complete if Guardian/Representative is completed

Index to Auth – Exchange Information

### 1. Información del paciente:

Nombre – Apellido, primer nombre, segundo nombre (nombre de soltera o nombre anterior)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Expediente Médico (si lo conoce)	Fecha de nacimiento	Número de teléfono	

### 2. Intercambio de Información entre: UW Health (o):

Nombre – (p. ij., Institución Médica Médico.)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono	Fax	

### 3. Y: (solo una persona/organización/nº de tel. por autorización)

Nombre (p. ej., Compañía de Seguro Médico, Abogado, Médico, Paciente...)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono	Fax	

Información a ser divulgada: **TANTO información verbal COMO escrita** – si se solicita exclusivamente una, use la *Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida (UWH1280490-DT)* o la *Autorización para la Comunicación Verbal y/o para dejar Mensajes en el Buzón de Voz (UWH302443-DT)*.

### 4. Documentación Escrita del Expediente Médico a ser Divulgada: Incluye CUALQUIER y TODA documentación a menos que se especifique lo contrario abajo:

Documentación pertinente a (Fechas o Condiciones): \_\_\_\_\_

Otro (Describalo): \_\_\_\_\_

Y

### 5. Intercambio de Comunicación Verbal entre aquellos indicados en las Secciones 2 y 3

### 6. Opción adicional de dejar un MENSAJE DE VOZ a aquellos indicados en la Sección 3

El buzón de voz incluye cualquier información, a menos que se especifique: \_\_\_\_\_

### 7. Propósito o Necesidad para la Divulgación: Coordinación de cuidados a menos que se especifique lo contrario:

\_\_\_\_\_

### 8. Esta autorización se vencerá un año después de la firma a menos que se indique lo contrario abajo:

Otra fecha de vencimiento específica (especificar): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\*\*POR FAVOR, VEA LA PÁGINA SIGUIENTE PARA RECIBIR INFORMACIÓN ADICIONAL\*\***

De acuerdo con las condiciones indicadas arriba y en la página siguiente de este formulario, autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica. Entiendo que puede haber un costo asociado a las copias. Esta autorización incluye la divulgación de información referente al trastorno de abuso de drogas, consultas psiquiátricas y de enfermedad mental, discapacidades del desarrollo, pruebas genéticas, SIDA o enfermedades relacionadas con el SIDA, infecciones de transmisión sexual, y/o resultados de la prueba del VIH a menos que yo limite la discusión para excluir las siguientes condiciones médicas: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si lo firma una persona que no sea el paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo. (Vea el dorso para recibir más información)

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

El paciente es:  Menor de edad  Incompetente / Discapacitado  Cónyuge/Pareja Doméstica o Fallecido

Autoridad Legal:  Tutor Legal  Padre /madre de un Menor  Pariente más Cercano  
 Agente de los cuidados médicos  Otro: \_\_\_\_\_  
 Representante personal

## INFORMACIÓN ADICIONAL REFERENTE A LA AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Los proveedores de la salud de UW Health respetan el derecho de un paciente a la confidencialidad de su información médica según lo establecido bajo la ley federal y estatal. Por favor, lea las siguientes pautas antes de firmar esta autorización.

**Divulgación de Información:** La información divulgada puede ser obtenida del expediente médico de UW Health. Puede ser obtenida de múltiples formas en papel o electrónicas (cuando sea pertinente). Puede incluir elementos de datos procedentes de fuentes externas incluidos en gráficas y documentos. Las copias divulgadas a través del Departamento para la Gestión de Información Médica (*Health Information Management*) incluyen únicamente documentación médica.

**Envío de Autorizaciones a UW Health:** Las Autorizaciones para la mayoría de las Clínicas de UW Health pueden ser enviadas por correo a **UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive Madison, WI 53717**. Vea una lista detallada de las clínicas que divulgan su propia documentación en [uwhealth.org](http://uwhealth.org). Esta información se encuentra en la sección para Pacientes y Visitantes (Patient and Visitor), Cómo Obtener Su Expediente Médico (How to Obtain Your medical Records).

**Reglas Federales de Privacidad HIPAA:** Estas reglas federales indican cuando puede ser usada o divulgada su información médica sin su autorización. Para mayor información, por favor refiérase a nuestro Aviso de Practicas de Privacidad. Usted puede encontrar una copia del Aviso de Practicas de Privacidad en la página web [uwhealth.org](http://uwhealth.org). Esta información está localizada en la esquina inferior derecha de la página web. Haga clic en el Aviso de Practicas de Privacidad (HIPAA).

**Privacidad del Programa Federal del Tratamiento para el Trastorno de Uso de Sustancias (42 CFR Parte 2):** Las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) que aplican al tratamiento y/o registros de referidos del trastorno de uso de sustancias mantenido por un programa Parte 2 prohíbe cualquier divulgación adicional de tales registros sin el consentimiento específico por escrito del individuo del cual se está divulgando la información o de otra forma como lo permite el 42 CFR Parte 2. Sin embargo, cualquier divulgación de información lleva consigo el potencial de otra divulgación no autorizada y la información pudiese no estar protegida por estándares federales de privacidad.

**Derecho a la Privacidad de Wisconsin:** La ley de Wisconsin protege la confidencialidad de la documentación médica del paciente e indica cuándo puede divulgarse sin su autorización.

**Designación General para Divulgación de Información del Trastorno de Uso de Sustancias:** Yo entiendo que he realizado una designación general para divulgar el tratamiento y/o información de referido para el trastorno de uso de sustancias a individuos o entidades con las cuales estoy en tratamiento. Yo puedo solicitar una lista de los individuos o entidades a las cuales se les ha divulgado mi información del trastorno de uso de sustancias contactando a UW Health – *Health Information Management* (Administración de Información Médica) *Release of Information* (Divulgación de Información), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030, Opción 3.

**No Está Obligado a Firmar:** Usted no tiene ninguna obligación de firmar este formulario, y puede negarse a hacerlo. Excepto en lo permitido bajo las leyes pertinentes, los proveedores de la salud de UW Health no pueden negarse a proporcionarle tratamiento u otros servicios médicos si usted se niega a firmar este formulario.

**Revocación:** Usted tiene el derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que finalice. Sin embargo, su revocación escrita no afectará a ninguna divulgación de su información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) inscrita(s) en la página anterior de este formulario ya haya(n) realizado, según esta autorización, antes de que la revoque. Además, si esta autorización fue obtenida con el propósito de recibir cobertura del seguro médico, es posible que su revocación no sea efectiva en ciertas circunstancias donde el asegurador esté disputando una reclamación. Para los registros de UW Health, su revocación debe realizarse por escrito, firmada por usted o su representante legal, y entregada a: UW Health - *Health Information Management* (Administración de Información Médica) *Release of Information* (Divulgación de Información), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717.

**Nueva Divulgación:** Si la(s) persona(s) y/u organización(es) autorizada(s) por este formulario a recibir su información médica protegida no es/son proveedor(es) de la salud u otra(s) persona(s) sujeta(s) a las leyes federales de privacidad médica, la información médica protegida que reciba(n) puede perder su protección bajo las leyes federales de privacidad médica, y es posible que se permita que esa(s) persona(s) vuelva(n) a divulgar su información médica protegida sin su permiso previo.

**Derecho a la Inspección:** Usted tiene derecho a inspeccionar o copiar la información médica protegida cuya divulgación está autorizando, con ciertas excepciones estipuladas bajo la ley estatal y federal. Si desea inspeccionar su documentación, contacte al Departamento de Cuentas de Pacientes (*Patient Accounting*), para registros de facturación, o al Departamento para la Gestión de Información Médica (*Health Information Management Department*), para los expedientes médicos, en 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030, Opción 3.

**Tarifas:** No se cobrará una tarifa cuando la documentación sea solicitada por/divulgada a otras organizaciones para la salud. Se cobrará una tarifa si se solicita con otros fines. Vaya a [uwhealth.org](http://uwhealth.org) para recibir más detalles sobre la determinación de las tarifas, o llame al Departamento de Divulgación de Información (*Release of Information*) durante las horas regulares de servicio al (608) 263-6030, Opción 5.

**Formatos Múltiples para la Divulgación de Documentación Médica (Papel versus DVD):** Usted puede solicitar que la documentación le sea entregada a usted en diferentes formatos, sin embargo solo se divulgará un formato por cada autorización. Le pedirán que presente una solicitud distinta para cada formato si desea tener múltiples formatos (y es posible que le cobren por cada solicitud).

**Firmas:** Generalmente, si tiene 18 años o más, usted es la única persona a la que se permite firmar este formulario para autorizar la divulgación de su información médica protegida. Si es menor de 18 años, su padre/madre o tutor legal debe firmar este formulario por usted. Sin embargo, hay muchas situaciones en las que esta regla general no es pertinente. Si desea recibir más información respecto a quién está autorizado a firmar este formulario, contacte: UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030, Opción 3.



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF  
VERBAL COMMUNICATION AND  
EXCHANGE OF WRITTEN INFORMATION**

Health Information Management  
8501 Excelsior Drive  
Madison, WI 53717  
Fax: (608) 662-4444

Index to Auth – xxxxx

**1. Patient Information**

Name – Last, First, MI (Maiden or former name) See Spanish Version			
Street Address See Spanish Version	City See Spanish Version	State See Spanish Version	Zip Code
Medical Record Number (only if known) See Spanish Version	Birthdate See Spanish Version	Phone Number See Spanish Version	

**2. Exchange of Information between:**  UW Health (or):

Name – (e.g. Health Facility, Physician...) See Spanish Version			
Address See Spanish Version			
City See Spanish Version	State See Spanish Version	Zip Code	
Phone Number See Spanish Version	Fax See Spanish Version		

**3. And: (Only one person/organization/phone# per authorization)**

Name – (e.g. Insurance Company, Lawyer, Physician, Patient) See Spanish Version			
Address See Spanish Version			
City See Spanish Version	State See Spanish Version	Zip Code	
Phone Number See Spanish Version	Fax See Spanish Version		

Information to be disclosed: **BOTH verbal and written information** - if only one is exclusively being requested, use *Authorization for Disclosure of Protected Health Information (UWH1280490-DT)* or *Authorization for Verbal Communication and/or to Leave Voice Mail Messages (UWH302443-DT)*.

4.  **Written Medical Record Documentation to be Disclosed:** Includes ANY and ALL records unless otherwise specified below:  
 Records pertaining to (dates or conditions): See Spanish Version  
 Other (describe): See Spanish Version

**AND**

5.  **Exchange of Verbal Communication between those listed in Sections 2 & 3**

6.  Additional option to leave **VOICE MAIL** to those listed in Section 3  
 Voice mail includes any information unless specified: See Spanish Version

7. **Purpose or need for disclosure:** Care Coordination unless otherwise specified: See Spanish Version

8. **This authorization will expire** one year from signature unless otherwise indicated below:

Other specific expiration date (specify):        /        /       

**\*\*PLEASE SEE NEXT PAGE FOR FURTHER INFORMATION\*\***

**In accordance with the conditions listed above and on the next page of this form, I authorize the use and/or disclosure of my medical information. I understand that there may be a charge for copies.** This authorization includes disclosure of information regarding substance use disorder, psychiatric consults and mental illness, developmental disabilities, genetic testing, AIDS or AIDS-related illness, sexually transmitted infection, and/or HIV test results, unless I limit the disclosure to exclude the following: See Spanish Version

**Signature of Patient/Representative:** See Spanish Version **Date:**     /     /    

If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so. (See next page information about signatures)

Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version

- Patient is:     Minor                                     Incompetent/Incapacitated                     Spouse/Domestic Partner of Deceased  
 Legal          Legal Guardian                     Parent of Minor                                     Next of Kin  
 Authority:    Health Care Agent                                     Other: See Spanish Version  
                    Personal Representative

## ADDITIONAL INFORMATION REGARDING AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

UW Health care providers honor a patient's right to confidentiality of protected health information as provided under federal and state law. Please read the following guidelines before signing this authorization.

**Release of Information:** The information released may be obtained from the medical record of UW Health. It may be obtained from multiple paper-based or electronic-based forms (as applicable). It may include data elements from outside sources that are embedded in tables and documents. Copies released from Health Information Management include medical records only.

**Sending Authorizations to UW Health:** Authorizations for UW Health sites can be mailed to **UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717**. See a detailed listing of clinics that release their own records on [uwhealth.org](http://uwhealth.org). This information is located in the Patient and Visitor section, How to Obtain Your Medical Records.

**Federal HIPAA Privacy Rules:** These federal rules indicate when your protected health information may be used or disclosed without your authorization. Please see our Notice of Privacy Practices for additional information. You can find a copy of the Notice of Privacy Practices on the website at [uwhealth.org](http://uwhealth.org). This information is located on the bottom right corner of the website. Click on Notice of Privacy Practices (HIPAA).

**Federal Substance Use Disorder Treatment Program Privacy (42 CFR Part 2):** The federal confidentiality rules (42 CFR Part 2) that apply to substance use disorder treatment and/or referral records maintained by a Part 2 program prohibit any further disclosure of such records without the specific written consent of the individual whose information is being disclosed or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. However, any disclosure of information carries the potential for unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal privacy standards.

**Wisconsin Right to Privacy:** Wisconsin law protects the confidentiality of patient healthcare records and indicates when records may be disclosed without your authorization.

**General Designation for Disclosure of Substance Use Disorder Treatment Information:** I understand I have made a general designation to disclose substance use disorder treatment and/or referral information to individuals or entities with which I have a treatment relationship. I may request a list of individuals or entities to which my substance use disorder information has been disclosed by contacting UW Health – Health Information Management (Release of Information), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030, Option 3.

**No Obligation to Sign:** You are under no obligation to sign this form, and you may refuse to do so. Except as permitted under applicable law, UW Health care providers may not refuse to provide you treatment or other healthcare services if you refuse to sign this form.

**Revocation:** You have the right to revoke this authorization, in writing, at any time before it ends. However, your written revocation will not affect any disclosures of your medical information that the person(s) and/or organization(s) listed on the previous page of this form have already made, in reliance on this authorization, before the time you revoke it. In addition, if this authorization was obtained for the purpose of insurance coverage, your revocation may not be effective in certain circumstances where the insurer is contesting a claim. For UW Health records, your revocation must be made in writing, signed by you or your legal representative, and delivered to: UW Health - Health Information Management (Release of Information), 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717.

**Re-release:** If the person(s) and/or organization(s) authorized by this form to receive your protected health information are not healthcare providers or other people who are subject to federal health privacy laws, the protected health information they receive may lose its protection under federal health privacy laws, and those people may be permitted to re-release your protected health information without your prior permission.

**Right to Inspect:** You have the right to inspect or copy the protected health information for whose disclosure you are authorizing, with certain exceptions provided under state and federal law. If you would like to inspect your records, contact the Patient Accounting department (for billing records) or Health Information Management department (for medical records) at 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030, Option 3.

**Fees:** There is no charge for records requested by or released to other healthcare organizations. A fee will be charged for other requested purposes. See [uwhealth.org](http://uwhealth.org) for more details on fees assessed or call Release of Information during normal business hours at (608) 263-6030, Option 5.

**Multiple Formats for Release of Medical Records (Paper vs DVD):** You may request records to be provided to you in different formats; however, only one format will be released per authorization. You will be asked to submit a separate request for each format if multiple formats are desired (and may be charged for each request).

**Signatures:** Generally, if you are 18 years of age or older, you are the only person who is permitted to sign this form to authorize the disclosure of your protected health information. If you are under the age of 18, your parent or guardian must sign this form for you. However, there are many situations in which this general rule does not apply. For more information regarding who is authorized to sign this form, contact: UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717, (608) 263-6030, Option 3.